FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1933 No. 9

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

NIESTŒCKEL ERNEST

né le 24 Août 1906 à MUTTERSHOLTZ (Bas-Rhin)

Contribution à l'étude des thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux

Président : M. REEB, PROFESSEUR

Imprimerie des Editions „ALSATIA", Sélestat
— 1933 —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1933 **No.** 9

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

NIESTŒCKEL ERNEST

né le 24 Août 1906 à MUTTERSHOLTZ (Bas-Rhin)

Contribution à l'étude des thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux

Président : M. REEB, Professeur

Imprimerie des Editions „ALSATIA", Sélestat
— 1933 —

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur		NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I.
		AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale		SORREL ✻ ✪ I.
		STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique . .		CANUYT ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		BLUM (Paul) O ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ I
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTES ✪ A.
GERY ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BENOIT ✪ A.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A.
SIMONIN ✻ ✪ A.
VAUCHER ✻ ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire :

MM. A. BOECKEL ✻ ✪ A., MEYER M. ✪ A., ROEDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A mes parents.

Témoignage de mon affection filiale.

A ma famille.

A tous mes amis.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur MAURICE REEB

Directeur de la clinique d'Obstrétrique et de Gynécologie.

En hommage de profond respect et de vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur

RAYMOND KELLER

Chargé de cours à la Faculté — Directeur de la Maternité

qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour toute la bienveillance et tous les conseils qu'il nous a prodigués.

A Monsieur le Professeur

KLEINKNECHT

Directeur de l'hôpital du Hasenrain à Mulhouse.

A Monsieur le Docteur

HENRI LUX

Médecin-chef du Service de médecine interne
à l'hôpital du Hasenrain.

Nous conservons du séjour que nous avons fait dans son service un souvenir ému et reconnaissant.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552728_0059

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

THROMBUS VULVO - VAGINAUX

PUERPÉRAUX.

INTRODUCTION.

Il y a deux ans à l'Ecole des sages-femmes à Strasbourg, l'attention fut attirée par un cas de thrombus vulvo-vaginal puerpéral à allure grave et suivi de mort.

Nous nous sommes demandés s'il s'agissait là d'un fait extraordinaire, d'un cas d'une gravité toute spéciale, ou si nous étions en face d'une éventualité bien connue et prévue par les accoucheurs.

La question méritait à nos yeux un certain intérêt, car, à l'école des Sages-femmes à Strasbourg sur 13 252 accouchements de 1925 à 1932 nous avons pu rassembler 7 observations de thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux; de même à la Clinique gynécologique universitaire de Strasbourg avec 10 425 accouchements de 1925 à 1932 ces thrombus s'observent aussi environ 1 fois par an.

Nous avons lu les principales publications relatives à la question; à l'aide d'observations étrangères et d'observations de l'Ecole des Sages-femmes à Strasbourg nous avons surtout poursuivi deux buts:

un but plutôt théorique, à savoir par quel mécanisme se produisaient ces singulières tumeurs, et un but pratique, à savoir comment il fallait les traiter.

En raison de la rareté relative de cette complication de la grossesse ou de l'accouchement, les observations personnelles sont en petit nombre.

Nous nous sommes ensuite permis de tirer nos conclusions de l'observation des cas personnels et d'un certain nombre d'observations étrangères, qui n'ont été utilisées antérieurement dans une étude d'ensemble.

HISTORIQUE.

Le thrombus vulvo-vaginal puerpéral ne pouvant guère échapper à l'observation simple, a été décrit déjà par Hippocrate.

Dans la suite les premières remarques plus détaillées nous sont conservées dans le traité du chirurgien Rueff de Zurich, dans un livre paru en 1554» De generatione et conceptu hominis», où il décrit l'hématome de la vulve et son traitement par l'incision et l'évacuation du sang.

En 1734 J. H. Kronauer soutient à Bâle une thèse de doctorat en médicine sur le même sujet: «De tumore genitalium post partum sanguineo».

La monographie de Deneux «Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin» en 1830 est plus importante. Elle publie 62 observations étrangères et se base en bonne partie sur les faits publiés par Boer: «De fluxu quodam sanguinis in puerperis ante incognito», dans le tome 2[e] de son ouvrage intitulé: «Naturalis medicinae obstetricae libri Septem. Viennae 1812»; par Audibert: «Dissertation sur l'épanchement sanguin qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement;»

par Legouais, lequel dans son dictionnaire des sciences médicales a donné le nom actuel à la tumeur. Deneux lui-même n'en a vu que 3 cas en 40 ans de pratique.

L'altération variqueuse des veines était à cette époque admise comme conditio sine qua non de la formation de ces tumeurs; comme traitement prophylactique Deneux proposait même la saignée au pli du coude et l'ouverture d'une des veines variqueuses dans la région génitale.

Un certain nombre d'auteurs: Blot, dans sa thèse de 1853, et dans la suite Perret, dont les conclusions sont fondées sur des expériences sur le cadavre, Descamps en 1871, Griffon en 1872, Kühn de Zurich en 1874, Budin en 1880 dans sa thèse d'agrégation sur les varices des femmes enceintes, Chaintre dans son mémoire du Lyon médical de 1890, Devoir en 1896 ont repris la question à la lumière d'observations plus nombreuses, et ont été amenés à contester le rôle des varices.

Plus tard divers ouvrages d'obstétrique consacrent à la question un chapitre d'importance variable, moins intéressant à notre point de vue que les publications parues plus récemment dans les périodiques à la suite de cas observés.

DÉFINITION.

Le thrombus, ou hématome, ou tumeur sanguine de la vulve et du vagin est un épanchement de sang qui se fait, souvent brusquement, dans le tissu cellulaire entourant la vulve et le vagin: il y a hémorragie à l'intérieur des parties molles, sans issue possible du sang vers l'extérieur, soit qu'il y ait absence de toute lésion superficielle, soit qu'une pareille lésion, si elle existe n'ait aucune communication, ou n'ait qu'une communication insuffisante avec l'épanchement.

Tantôt cet épanchement est collecté avec distension plus ou moins considérable du tissu conjonctif périvulvaire ou périvaginal; tantôt il y a simplement infiltration en nappe des parties envahies. En règle, par suite des rapports de la vulve et du vagin, l'hématome n'intéresse pas une de ces parties exclusivement, ce qui justifie l'appellation courante de thrombus vulvo-vaginal.

Au sens éthymologique strict du mot le nom de thrombus (du grec) désigne du sang coagulé dans la lumière d'un vaisseau; il est donc impropre pour désigner ces tumeurs sanguines, formées, au début du moins, par du sang fluide; il s'agit d'une hémorragie enkystée à laquelle le terme d'hématome, employé par les auteurs allemands, ou le terme de tumeur sanguine, conviennent mieux.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Le vagin, conduit musculo-membraneux, traverse la partie inférieure de la cavité pelvienne et le plancher périnéal. Il présente une portion pelvienne, située au-dessus de l'aponévrose pelvienne, et une portion périnéale. Il est séparé de la moitié supérieure de la base de la vessie par du tissu conjonctif lâche. Par contre la moitié inférieure de la base de la vessie et l'urètre sont intimement unis au vagin par une lame de tissu conjonctif dense, la cloison urétro-vaginale. En arrière le vagin répond au rectum, dont il est séparé, abstraction faite des premiers centimètres, par du tissu conjonctif lâche; et, au niveau du triangle recto-vaginal, par des formations musculaires et fibreuses du périnée.

Latéralement le vagin est en rapport, dans la portion pelvienne, avec la base des ligaments larges et, dans la portion périnéale avec les différents plans du périnée et avec le bulbe.

Il est important de noter, au point de vue qui nous intéresse, que tous ces tissus qui entourent le vagin sont très richement vascularisés par des branches de l'artère hypogastrique, artères vaginales, utérine, vésicale inférieure et hémorroïdale moyenne, et par un riche plexus veineux, en relation avec la veine hypogastrique par l'intermédiaire des veines utérines, vésicales, vaginales et hémorroïdales.

L'étude de la vulve présente son intérêt par sa structure et par la présence d'un appareil érectile qui lui est annexé. Les grandes lèvres contiennent une couche de tissu cellulaire graisseux sous-cutané et une masse graisseuse entourée d'une membrane fibro-élastique. Les petites lèvres renferment dans leur épaisseur du tissu conjonctivo-élastique.

L'appareil érectile est représenté par les corps caverneux et les bulbes du vagin.

La connaissance détaillée des muscles et aponévroses du plancher pelvien ne présente ici qu'un faible intérêt: dans les observations, en effet, on constate que de par leur mécanisme de production, leur siège ou leurs complications, les hématomes vulvo-vaginaux ne sont guère subordonnés à la disposition des divers étages du périnée Laborie, dans son mémoire de 1850 distinguait huit variétés d'hématomes, suivant leur siège par rapport aux loges pelviennes. Cependant dès 1864 Perret, en faisant des autopsies de femmes mortes de thrombus avait remarqué que les diverses aponévroses étaient facilement franchies par l'épanchement, ou même absolument méconnaissables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le thrombus puerpéral peut siéger dans le tissu cellulaire de la vulve, du vagin et du ligament large. Le plus souvent il y a combinaison d'une collection vulvo-vaginale, ou d'une collection vagino-pelvienne. D'ordinaire, la tumeur est vulvo-vaginale: le sang se propage vers le haut sous la muqueuse du vagin et vers le bas, où, cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutanée, il peut envahir la racine des cuisses ou la région fessière (cfr. obs. № 20.)

Dans l'épaisseur du plancher pelvien le sang s'installe d'ordinaire sans respecter les étages: les aponévroses supérieure et moyenne sont facilement rompues, et les muscles dilacérés. Dans le cas où l'aponévrose périnéale supérieure oppose une barrière à une tumeur sanguine, née au-dessus d'elle, celle-ci fait fortement saillie dans le vagin; le sang peut alors s'étendre en même temps sous le péritoine, fuser jusque dans les fosses iliaques, et même atteindre la région des reins en arrière, l'ombilic en avant. Nous renvoyons dès maintenant à l'observation № 21, où l'autopsie a fait constater un énorme hématome infiltrant tout le ligament large droit en remontant jusqu'au pôle inférieur du rein droit. Les caillots extraits de la poche pesaient 1.200 gr.

Dans une observation rapportée par Deneux, une sonde introduite dans la cavité évacuée d'un thrombus faisait saillie sous la peau au-dessus du pubis.

La paroi de la poche est constituée par le tissu conjonctif tassé autour des muscles et aponévroses qui limitent la loge. Le plus souvent ces limites sont elles-mêmes très anfractueuses et méconnaissables. En dédans la paroi de la poche est formée par la paroi vulvo-vaginale,

distendue parfois à l'extrème; les tumeurs pelviennes sont recouvertes par le péritoine décollé et aminci.

Le contenu de ces poches est constitué par du sang d'abord liquide, puis par des caillots; mais, même après quelques jours à côté des caillots, on trouve encore du sang liquide, parfois visqueux et de coloration brune ou noire.

Thrombus pédiculé du vagin.

Il existe une variété d'hématome particulier et rare: c'est le thrombus pédiculé du vagin. Son volume varie entre celui d'une noix et celui d'une grosse orange. Il peut faire saillie entre les grandes lèvres, et il est relié à la paroi vaginale postérieure par un pédicule qui n'est pas cylindrique, mais qui consiste en un véritable méso; celui-ci d'après le Prof. Frühinsholtz, se fixe exclusivement sur le raphé strictement médian du tiers moyen de la paroi vaginale postérieure.

Nous verrons plus loin, comment ces particularités anatomiques jettent quelque lumière sur la pathogénie de ces singulières tumeurs.

Voici pour terminer ce chapitre, la description de la pièce se rapportant à l'observation No 15, publiée par Barbaro à la séance du 8 Décembre 1924 à la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Paris.

1°) Examen Macroscopique :

Le thrombus a la forme d'un croissant avec un pédicule formé par la muqueuse vaginale blanchâtre. Ce pédicule plus mince à la partie moyenne est renflé à ses 2 extrémités, où il présente à la coupe de nombreux petits vaisseaux.

Examen histologique.

L'aspect histologique s'est révélé identique dans les différentes régions. La base du pédicule est revêtue d'une muqueuse vaginale saine mais à mesure que l'on se rapproche du thrombus, la muqueuse s'aplatit, les papilles s'affaissent, le contour des cellules du corps muqueux de Malpighi devient flou. Au niveau de la tumeur sanguine le revêtement n'est plus constitué que par des stratifications fibreuses englobant des leucocytes en voie de désintégration.

Le tissu conjonctif sous-muqueux du pédicule est le siège d'une forte réaction inflammatoire.

Il existe des altérations vasculaires manifestes. Tandis que les artères sont respectées, les capillaires sont dilatés, leur endothélium est tuméfié. Mais c'est surtout au niveau des veines que portent les altérations. Les veines sont ectasiées, elles donnent à certains points de la préparation un aspect caverneux. Plusieurs de ces veines sont thrombosées, les thromboses paraissent d'âge différent. Dans quelques veines le caillot s'est organisé et l'on assiste à l'oblitération du vaisseau. Dans la zone de transition qui sépare le pédicule de la tumeur sanguine on voit nettement de volumineuses veines thrombosées limitées seulement du côté du pédicule par une paroi plus ou moins altérée, tandis que du côté opposé la paroi manque, ce qui a donné lieu à une irruption de la nappe sanguine dans le voisinage du vaisseau. Il semble que la veine ait éclaté, laissant échapper son contenu.

La périphérie de la tumeur est constituée par d'énormes lacs sanguins, disposés concentriquement à la surface. Ces lacs sanguins tranchent par leur coloration

plus foncée sur le fond uniforme que figurent les mailles de fibrine contenant des globules rouges et des polynucléaires. Ces lacs sanguins ont une limite parfois très nette qui parait constituée par quelques couches de fibrine. On n'a pas constaté l'existence d'une paroi veineuse véritable, même altérée.

FRÉQUENCE ET DATE D'APPARITION.

Le thrombus puerpéral apparait le plus souvent après la délivrance, lorsque l'enfant, par son passage, a eu le temps de traumatiser les voies génitales. Mais il peut s'observer à tout moment de la grossesse et de l'accouchement. D'après la thèse de Bories, la fréquence du thrombus dans les 3 étapes de la puerpéralité serait de :

4% pendant la grossesse
37% pendant le travail
57% après l'accouchement.

Il nous semble permis d'attacher peu d'importance aux thrombus qui s'observent longtemps avant l'accouchement et qu'on peut rapprocher des thrombus non puerpéraux, beaucoup plus rares encore. Dans ce cas, en effet, on a noté presque toujours l'existence d'une contusion externe, laquelle provoque alors une tumeur qui est sans relation spéciale avec la grossesse. Tout au plus, chez une femme enceinte, un traumatisme plus léger est-il suffisant pour provoquer la tumeur, et celle-ci devient plus grave par le volume qu'elle peut atteindre.

Ainsi Deneux cite l'observation suivante de Berdot (Abrégé de l'art d'accoucher I II page 523).

Obs. N° I

Berdot aurait vu une tumeur sanguine des grandes lèvres chez une femme grosse de 7 mois qui s'était heurtée contre le boût d'une timon de chariot. La tumeur qui, en peu de temps, devint très volumineuse, fut ouverte

avec la lancette ; il en sortit quelques verres de sang en partie coagulé. En peu de temps la femme a été guérie sans accidents.

Voici une 2e observation citée également par Deneux, et qui provient de Peyrilhe.

Obs. N° 2.

Il s'agit d'une femme grosse de 6 mois qui se laisse doucement tomber d'une chaise, en voulant saisir un objet éloigné ; elle se relève, ne sent pas qu'elle se soit blessée, et cependant se voit inondée de sang. L'accoucheur arrive 5/4 d'heure après l'accident; la femme était morte. L'examen montre que le sang ne provient en aucune manière de l'utérus ; mais la grande lèvre droite de la vulve est tuméfiée, violette, infiltrée de sang et déchirée transversalement dans l'étendue d'un pouce. En portant le doigt dans cette déchirure on tombe dans un sac contenant environ 100 g. de liquide, entrecoupé de brides celluleuses et rempli encore de caillots de sang noir.

— Il est cependant possible quoi'qu'extrêmement rare, qu'un thrombus se forme longtemps avant l'accouchement sans que l'on puisse incriminer un traumatisme externe. Nous en avons un bel exemple dans l'observation N° 4 que nous reproduisons plus loin à propos de la pathogénie de ces tumeurs.

Les thrombus qui prennent naissance pendant le travail et surtout après la délivrance, sont de beaucoup les plus nombreux. C'est à ceux que s'appliquent les chiffres publiés par les divers accoucheurs. Spiegelberg (Handbuch der Geburtshülfe) a constaté dans la clinique cinq cas d'hématome sur un peu plus de 5.000 accouchements. Cadilhac, dans sa thèse, dresse une sta-

tistique de 147.102 accouchements et relève parmi ce nombre, 66 cas de thrombus, ce qui fait 1 cas sur 2.200 accouchements.

Devoir dans sa thèse en relève 6 cas, sur 9.000 accouchements, entre 1890 et 1896. Rhenter à la clinique obstétricale de Lyon n'en a pu trouver que 2 cas sur 20.000 accouchements.

A l'école des sages-femmes à Strasbourg, nous avons pu rassembler 7 cas de thrombus, sur les 13 252 accouchements, de 1925 à 1932. De ces chiffres avec les divers chiffres publiés ailleurs nous pouvons conclure à une moyenne très approximative de 1 cas de thrombus sur un peu mois de 2.000 accouchements dans les services hospitaliers.

La fréquence relative de cet accident chez les primipares et chez les multipares est diversement appréciée par les auteurs.

D'après Halban il serait 3 fois plus fréquent chez les primipares que chez les multipares. D'après Mme. Sasanoff on constaterait une fréquence égale chez les primipares et chez les multipares, si l'on veut tenir compte du fait que les accouchements de multipares sont plus nombreux que ceux de primipares.

Voici un tableau comparatif que nous empruntons à la thèse de Bories.

Auteurs	Primipares	Multipares	Nombre de cas observés
Deneux	25	25	48
Perret	21	5	26
Mme. Sasanoff	23	41	64
Winkel	12	18	30
Total	**8181**	**87**	**168**

Nous-mêmes, sur les 7 observations personnelles que nous publions, pouvons constater que six fois le thrombus est survenu chez les primipares, et une fois chez les multipares. Des divers chiffres exposés ici et en tenant compte de la fréquence plus grande des accouchements de multipares nous pouvons conclure que les thrombus puerpéraux doivent se produire un peu plus souvent chez les primipares que chez les multipares.

ETIOLOGIE ET MÉCANISME DE PRODUCTION.

L'observation de cas de plus en plus nombreux a permis depuis longtemps de contester l'importance que Deneux, en 1830, attribuait aux varices dans la pathogénie des hématomes vulvo-vaginaux. Non seulement, la présence de varices n'est-elle pas signalée dans beaucoup d'observations, mais encore les varices des femmes enceintes sont-elles d'une extrême fréquence, sans donner lieu à aucun trouble.

Spiegelberg, dans son Handbuch der Geburtshülfe, constate dans 125 cas d'hématomes 9 fois la présence de varices.

Winkel	sur	50	cas	relève	6	cas	de	varices
Scanzoni	«	15	«	«	6	«	«	
Perret	«	43	«	«	2	«	«	
M[me] Sasanoff	«	85	«	«	6	«	«	

Parmi les 24 observations que nous rapportons, la présence de varices des parties génitales n'est signalée que 4 fois; d'ailleurs le thrombus, comme nous avons conclu plus haut est plus fréquent chez les primipares, chez lesquelles les varices sont moins fréquentes que chez les multipares; aussi croyons nous pouvoir laisser cette cause à l'ombre pour en rechercher d'autres.

Fletcher Shaw de Manchester (dans le journ. of Obstetr. and Gyn. of the brit. Empire vol. XXX № 4, 1924), publie l'observation suivante d'un cas où il admet la toxémie comme cause de l'hématome.

Obs. No. 3

La femme en question n'avait subi aucun traumatisme apparent, et présentait avant le début de l'accouche-

ment une tumeur sanguine volumineuse du périnée. A l'opération césarienne on constate du sang dans la cavité abdominale, et un hématome du volume d'une orange siègeant dans le ligament large droit. La paroi vésicale droite est infiltrée de sang noir. La malade mourut 6 jours après de thrombose mésentérique.

— Le traumatisme, même s'il a passé inaperçu, a dû jouer ici un rôle négligeable, puisqu'étant faible de toute façon, il n'aurait provoqué à lui seul cette hémorragie profonde. La toxémie qui, dans le cas donné, s'était traduite par de l'albuminurie ne parait cependant non plus jouer de rôle important, car, de même que pour les varices, les statistiques ne montrent aucune relation entre le thrombus et l'albuminurie à ses divers degrès.

De même que dans l'observation précédente, nous ne trouvons, dans les 2 observations suivantes, aucune mention de traumatisme, ni extérieur, ni obstétrical.

Obs. No. 4.

(M. M. R. Labry et Chavent, Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon le 4. III — 29)

Mme B. 27 ans, entre à la clinique gynécologique le 9 Août 1928 pour métrorragies et Bartholinite. Dans les antécédents 2 accouchements normaux sont à noter, et la malade présente actuellement une grossesse normale de 6 mois ½. L'affection aurait débuté brusquement il y a 2 ou 3 jours par de violentes douleurs vulvaires du côté droit. En même temps des hémorragies se produisirent, qui furent considérées par le médecin comme étant des métrorragies. Secondairement une tuméfaction vulvaire apparut sur la lèvre droite, et fut prise pour une Bartholinite aigue. Le 12 Août, nouvelle hémorragie sérieuse avec un certain degré d'anémie. On remarquait alors une tuméfaction vulvaire distendant la lèvre droite, de

consistance kystique, de couleur violacée et du volume d'une orange; sur sa partie interne une petite zone de sphacèle large comme une pièce de 50 cts. traduisait la source de l'hémorragie et laissait apparaitre un caillot noirâtre. Du côté gauche existaient de grosses varices vulvaires du volume d'un doigt. Le toucher vaginal révélait que l'hématome se prolongeait à droite profondément le long de la paroi vaginale — Il s'agissait d'un sommet banal et la grossesse semblait normale — On incise la tumeur le même jour, on enlève de nombreux caillots, on nettoie les parois de la poche à la compresse. Une hémorragie sérieuse, profonde et en nappe est arrêtée par un capitonnage par points en U; drainage par mèche; les suites sont banales et la malade quitte le service 10 jours plus tard.

Obs. No. 5.

(Boyer: Traité des maladies chirurgicales)

«J'ai observé une maladie de ce genre chez une femme enceinte alors et sujette à l'épilepsie. Il se forma subitement dans la grande lèvre gauche, à la suite d'une attaque d'épilepsie une tumeur sanguine, sans que la malade ait éprouvé de contusion. On prit d'abord cette tumeur pour une hernie, mais on reconnut bientôt que ce n'était qu'un épanchement de sang et j'en fis l'ouverture.»

On sait que l'attaque d'épilepsie s'accompagne d'une notable élévation de la tension artérielle; celle-ci nous semble responsable de l'accident dans le cas donné.

En règle, cependant, le traumatisme intervient au moins sous forme de violences exercées par la tête contre les parties molles. Chez la femme enceinte, les parties génitales se présentent dans un état d'hyperhémie et de

laxité qui expliquent beaucoup la facilité avec laquelle les tumeurs sanguines peuvent se développer à leur niveau.

D'une part, les vaisseaux se multiplient, s'allongent et augmentent leur calibre. D'autre part l'utérus, plus il acqiert de développement, plus il favorise la stase sanguine en entravant la circulation de retour, et cela surtout chez la primipare, chez qui la tête reste engagée pendant un temps prolongé. En plus les contractions de l'utérus et des parois abdominales chassent une notable quantité de sang dans la veine hypogastrique, et la turgescence des veines du bassin est de ce fait encore fortement accrue.

A partir de ces données on peut, dans une certaine mesure, s'expliquer la formation des thrombus lorsque ceux-ci apparaissent pendant l'accouchement ou après la délivrance. Envisageons successivement les effets de friction, de dilatation forcée et de compression, exercés par la présentation sur les parties molles. Nous terminerons en passant ensuite en revue quelques causes moins constantes.

1° Effets de la friction.

Pendant la descente la tête exerce une friction ordinairement considérable sur la paroi vaginale, laquelle est refoulée contre l'excavation. Cette friction résulte moins peut-être du mouvement de haut en bas, que du mouvement de rotation que subit la tête lorsqu'elle effectue sa descente; et ceci surtout quand elle est arrivée sur le plancher pelvien. C'est à cette friction qu'on attribue la formation du céphalhématome : le péricrane entrainé avec le cuir chevelu se détache de la table externe de l'os cranien et une tumeur sanguine apparait en peu de temps par hémorragie sous le périoste. De même il peut

y avoir entrainement vers le bas et en cercle, cest-à-dire en spirale, de la paroi vaginale; celle-ci, à partir d'une certaine limite, chez la femme prédisposée, est arrachée des couches celluleuses périphériques moins mobiles. Dès lors des vaisseaux sanguins étant ouverts, l'hémorragie apparait facilement du fait de la turgescence de ces vaisseaux et de la laxité du tissu celluleux.

Cette hémorragie peut se produire devant la tête, avant que celle-ci n'ait achevé sa descente. A ce moment la circulation de retour est particulièrement entravée, et les vaisseaux sont très turgescents, à la façon d'une veine devant un garrot de stase. En plus peut-on concevoir une véritable chasse de sang dans les tissus qui se trouvent devant la tête lorsque celle-ci s'avance rapidement. Ceci explique que l'hémorragie dans ces cas, soit très forte et que la tumeur grandisse avec une rapidité particulière. On constate en effet dans les observations, que les thrombus apparus devant la tête ont acquis rapidement un gros volume sous les yeux de l'accoucheur, et ont créé, à moins de rupture, de grandes difficultés à l'accouchement. En voici trois exemples.

Obs. No. 6.

(M. Rhenter, Pigeaud et Mlle Guillermin, à la séance du 7 Novembre. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Lyon).

Femme de 35 ans, mère de 7 enfants avec 3 fausses couches dans les antécédents. Elle présentait d'énormes varices de la vulve et des membres inférieurs. A la fin de la période de dilatation, au moment des premières douleurs expulsives, on vit la grande lèvre droite devenir de plus en plus turgescente et augmenter progressivement de volume sous les vains efforts de l'expulsion. L'hématome qui se constituait dans la grande lèvre, remontait peu à peu le long des parois vaginales et s'oppo-

sait à la descente de la tête. Subitement une lacération se produisit sur la face muqueuse de la lèvre et un flot de sang s'écoula. L'hémorragie fut arrêtée par pinces hémostatiques et compression manuelle de la vulve. L'enfant est extrait par la version. Après délivrance artificielle on tamponne la cavité latéro-vaginale droite. L'état de la malade s'améliora progressivement, mais avec persistance d'une température aux environs de 38° pendant une vingtaine de jours.

Obs. No. 7.

(Ecole des sages-femmes à Strasbourg, No. 4, 1925).

Me B. M., agée de 25 ans, primipare, entre le 2. 1. 1925. La grossesse est bien supportée. L'accouchement se passe à terme avec un bassin non rétréci, suivant un mécanisme normal, présentation en O I. G. A. et dégagement en O. P. La période d'expulsion dure 1 h. Au moment où la tête apparait à la vulve, la sage-femme aurait vu une grosseur rougeâtre à droite s'avancer avec la tête, puis tout-à-coup se rompre et donner naissance à une forte hémorragie. A l'inspection de la vulve après la délivrance, on constate en effet une déchirure à droite du clitoris, un arrachement complet de la petite lèvre droite, et dans le vagin une déchirure très étendue, remontant très haut jusque dans le paramètre droit qui est à nu. Il n'existe plus qu'un suintement sanguin. On pratique le tamponnement et le drainage du paramètre par un drain de caoutchouc et on suture la déchirure externe. On donne de la septicémine. Les suites de couches se passent sans fièvre. Le tamponnement est retiré le 2^{me} jour, le drain le 4^{me} jour. La petite lèvre droite se détache sans se nécroser.

— L'observation suivante de Halban montre le mieux la violence avec laquelle ces tumeurs sanguines se développent devant la tête.

Obs. No. 8.

Une femme de 41 ans, au terme de sa dixième grossesse, a été opérée au début de sa grossesse pour une petite rectocèle. A son entrée dans le service les douleurs existent depuis 12 heures. Les veines des jambes sont nettement visibles, sans être vraiment variqueuses. Après un travail de 35 h, on donne de l'hypophysine, après quoi les douleurs deviennent meilleures. Le périnée est bombé et l'on s'attend à voir apparaître la tête. En réalité la tête est encore haute, et ce qui donne l'illusion de la tête, n'est autre chose qu'un hématome du périnée lequel, par suite de la laxité de tout le plancher périnéal, bombe fortement à chaque contraction utérine. Pendant les deux heures suivantes on voit se développer, au milieu de la tuméfaction diffuse et molle de tout le périnée, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. La région périnéale et périproctale gauche est très bombée, la peau est énormément tendue, par endroits bleuâtre. Par l'orifice anal dilaté on perçoit la paroi rectale gauche bleu-noirâtre, saillante et en imminence de rupture. Les lèvres ne sont pas intéressées, par contre le vagin est considérablement rétréci en bas et à gauche par une tumeur élastique et fluctuante. Pour obvier à une ouverture de la tumeur dans le rectum, par endroits le sang sourdait déjà à travers les fissures de la muqueuse rectale, et pour terminer l'accouchement, la tumeur est incisée et évacuée, et un enfant de 3.700 gr. dont la tête s'était arrêtée à mi-chemin, est extrait par le forceps. Par cette manoeuvre la paroi vaginale gauche est arrachée et une cavité, des dimensions de deux poings est mise à nue dans le vagin. Cette cavité s'étend vers le haut au-delà du cul de sac vaginal jusque dans le paramètre gauche — Latéralement, tout contre le bassin et entièrement libéré sur une longueur d'environ 12 cm. on voit s'allonger le tube rectal, qui apparaît comme décorti-

qué. La région du releveur gauche est limitée par des fibres musculaires déchirées et dissociées. Suture du vagin et du périnée avec tamponnement et drainage de la cavité. La fièvre ne s'établit qu'après quelques jours, puis se maintient autour de 39° pendant 10 jours. Le 6^{me} jour la mèche est retirée; la plaie, qui sécrète beaucoup, est drainée au tube de coutchouc. — Suites banales.

— Sans oublier l'opération que cette femme avait subie entre l'avant-dernière et la dernière grossesse, et qui devait laisser subsister du tissu cicatriciel en particulier au niveau des muscles, nous sommes frappés par la brutalité avec laquelle le thrombus a fait ses dégâts dans cette observation.

2° Effet de la dilatation forcée.

La dilatation forcée des parties molles joue un rôle très compréhensible dans la formation des hématomes d'apparition précoce. Au moment de l'expulsion, en effet, la dilatation des parties molles est souvent violente, et porte à la fois sur le tissu conjonctif et le réseau vasculaire. S'il est assez fréquent de voir à ce moment les parties molles se déchirer de la surface en profondeur, il est par contre rare de voir la surface résister, cependant qu'une rupture se fait en profondeur. On peut même voir dans l'existence de dilatations variqueuses une adaptation à la distension, de telle sorte que les vaisseaux puissent s'allonger de pair avec le tissu conjonctivo-élastique. Nous avons d'ailleurs noté plus haut que l'observation a permis d'écarter les varices comme favorisant la formation des tumeurs sanguines. Si, par suite d'une moindre expansibilité en profondeur qu'en surface, il y a déchirure profonde, avec simple distension en surface, l'hémorragie sera enkystée et l'hématome sera constitué. On conçoit que ce mécanisme ne puisse être in-

voqué que chez les primipares, car la distension lors du premier accouchement prépare les parties molles pour les accouchements suivants.

Voici une observations de l'école des sages-femmes de Strasbourg, où une très forte distension de la vulve a pu provoquer une hématome d'une grande lèvre.

Obs. No. 9.

(No. 1293; 1927)

M. M. S. S., agée de 24 ans, primipare entre le 29. XI. 27. La grossesse a été bien supportée. Rien de spécial dans les antécédents. L'accouchement a lieu à terme, avec un bassin sans rétrécissement, une présentation en O. I. G. A. Le mécanisme de l'accouchement est normal, avec dégagement de la tête en O. P. La durée de l'expulsion est de 2 h. 20 min. Le périnée reste intact, mais il y a très forte distension des parties molles: vulve et grandes lèvres. On constate après quelques heures qu'un hématome occupe la grande lèvre droite. Deux jours après la femme reste apyrétique et l'hématome a nettement diminué. Le 6^{me} jour des suites de couches la femme expulse l'hématome en bloc: c'est un gros caillot sanguin qui s'est détaché spontanément. La guérison survient sans autre incident.

3^0 Effets de compression.

Souvent les hématomes surviennent assez tardivement après la délivrance, après plusieurs heures ou même plusieurs jours. Cette apparition tardive s'explique de deux façons:

soit une nappe profonde où les vaisseaux ont été rompus par l'une ou l'autre des deux causes précédentes; sous l'influence de la compression prolongée des parties

molles par la présentation, l'hémostase a eu le temps de se faire naturellement, par formation de petits caillots. Dans les premières heures, cette hémostase a pu être efficace, mais après quelque temps, avec la mobilisation des parties molles très lâches ces caillots ont pu être déplacés et l'hémorragie devenir possible.

Dans un deuxième groupe de faits, si la tumeur n'apparait qu'au bout de quelques jours, nous sommes conduits à admettre un phénomène analogue à celui qui se passe dans l'établissement des fistules vésico-vaginales ou vagino-urétrales. Il y a compression forte ou prolongée entre la tête et le pubis du septum intervésico-vaginal ou interurétro-vaginal. La partie comprimée perd sa vitalité et s'élimine après plus ou moins longtemps — De même, une compression forte ou prolongée du conduit génital peut gravement compromettre la vitalité de ses vaisseaux: après quelques jours, leurs parois nécrotiques se rompent et leur hémorragie crée la tumeur. Nous faisons remarquer, pour justifier cette manière de voir, que les tumeurs tardives envisagées ne sont pas des tumeurs d'apparition insidieuse qui auraient passées inaperçues au début. En voici des exemples.

Obs. No. 10.

(Ecole des sages-femmes — Strasbourg. No. 446; 1926.)

Mlle H. E. primipare, entre le 12. IV. 26. Elle est âgée de 20 ans et a bien supporté sa grossesse. Elle accouche à terme avec un bassin non rétréci, présentation en O. I. G. A. dégagement en O. P. La période d'expulsion dure une heure 5. Le 5^{me} jour des suites de couches on constate à l'examen une tumeur du volume d'un oeuf de poule au niveau de la grande lèvre et de la paroi vaginale droites. On pratique une ponction qui ne ramène

rien. Grâce à une petite incision de 2 cm. on peut exprimer des caillots sanguins. La tumeur disparait et, trois jours après l'incision, est en bonne voie de guérison.

Obs. No. 11.

(M. M. Rhenter et Pizzera; Revue de la Soc. d'Obst. de Lyon, le 25 Novb. 1928).

Il s'agit d'un accouchement spontané chez une III pare, avec très violentes douleurs d'expulsion. Les suites de couches immédiates sont absolument normales. Sept jours après l'accouchement, la malade accuse brusquement une douleur lombaire avec irradiations périnéales, puis une sensation de corps étranger dans le vagin avec besoin de pousser; les lochies ne sont en rien modifiées. Le périnée se trouve le siège d'une discrète ecchymose et le toucher vaginal révèle l'existence d'une masse fluctuante et tendue du volume d'une petite mandarine, siégant sur la paroi antéro-latérale du vagin. Les douleurs persistent assez violentes pour imposer une injection de morphine. Le lendemain les douleurs ont complètement disparu et on décide, vu son petit volume, d'attendre la résorption spontanée de l'hématome.

En 8 jours, celui-ci a le volume d'une olive; la femme est apyrétique et ne souffre aucunement.

— On comprend, d'après ce qui précède que les hématomes vulvo-vaginaux puissent s'observer dans des circonstances d'accouchement variables: un accouchement long expose surtout à des effets de compression, un accouchement rapide peut être rendu responsable de la distension brutale du conduit vulvo-vaginal.

A ce sujet, mon maître le Dr. Keller se rappelle le cas suivant:

Obs. No. 12.

M. Keller est appelé auprès d'une septipare, qui présentait une procidence du cordon. Il fait une application de forceps sur la tête encore haute et non configurée; mais le bassin étant très large et les parties molles très dilatées il arrive, grâce à deux tractions énergiques, à dégager la tête; mais par suite de la violente distension et friction, un hématome vulvo - vaginal apparut peu de temps après. Résorption spontanée.

Voici encore l'observation d'un accouchement très rapide, avec apparition d'un thrombus:

Obs. No. 13.

(Peters de Berlin)

Il s'agit d'une jeune primipare qui a accouché debout, dans la rue, avec rupture du cordon au milieu et qui entre à la Maternité dans un état anémique marqué. Il n'existe pas de lésion en surface de la région vulvo-vaginale. Sous les yeux du médecin il se développe en 4 heures un hématome vulvo-vaginal qui dépasse les dimensions d'une tête d'enfant; en face de l'anémie croissante de la patiente on incise et on évacue 800 g. de caillots. On constate l'existence de 2 cavités, communiquant par un rétrécissement situé à mi-hauteur du vagin: la cavité supérieure s'étend dans le paramètre, la cavité inférieure contourne le rectum. On tamponne et on draine. Après 3 semaines de température assez élevée, la guérison survient.

— Dans bien des cas enfin l'accouchement se passe en règle à tout point de vue et pourtant un hématome peut lui succèder, comme dans les observations suivantes.

Obs. No. 14.

(Ecole des sages-femmes — Strasbourg. No. 448; 1931).

Mme W. O. agée de 26 ans, primipare est entrée le 18 III. 31. La grossesse est bien supportée. L'accouchement débute à terme avec bassin non rétréci, présentation en O. I. G. A. Le foetus est expulsé après un travail qui a duré 6 h. ½. L'expulsion a duré 50 min. et s'est terminée par le dégagement en O. P. Il s'est produit une petite déchirure du périnée, qui est suturée. Environ 6 h. après la terminaison de l'accouchement on prévient que la mère perd du sang et se plaint de douleurs dans la région anale. Il existe à ce moment au niveau de la grande lèvre gauche un hématome du volume d'un oeuf de poule. Comme l'hémorragie et les douleurs sont intenses, et comme l'hématome grossit de plus en plus, on fait sauter les sutures de la déchirure du périnée. On constate alors l'existence d'une déchirure assez étendue, intéressant la paroi latérale droite du vagin et remontant jusque dans le paramètre. L'hémorragie provenant de cette déchirure est assez abondante. Les tentatives d'hémostase par suture et ligature des vaisseaux restant infructueuses, on se contente de pratiquer un tamponnement serré du vagin.

Thrombus pédiculé du vagin.

Il s'agit d'une tumeur sanguine de volume variable relié par un pédicule à la colonne postérieure du vagin, et dont les caractères anatomo-pathologiques ont été décrits plus haut. C'est une tumeur rare; Lenieff, dans sa thèse en réunit 17 cas (Th de Paris 1910) M. Barbaro, dans une communication à la Soc. d'obst. et de gynécol. de Paris (séance du 8 déc. 24), dit n'avoir pu recueillir en tout que 22 cas dans la littérature; il publie l'observation suivante:

Obs. No. 15.

Mme Cat. Yvonne, agée de 20 ans, primipare entre à la Maternité au début du 8^{me} mois d'une grossesse jusque là normale. Elle aurait constaté l'existence d'une masse noirâtre apparaissant à la vulve au moindre effort; elle a ressenti en même temps une pesanteur au périnée. Les antécédents et les divers appareils organiques ne présentent rien de particulier.

L'examen obstétrical montre une présentation céphalique, tête mobile. La région vulvaire est violacée, tuméfiée, sillonnée de grosses veines variqueuses. En écartant les grandes lèvres, on aperçoit une masse noirâtre de la grosseur d'un oeuf de poule, faisant saillie hors de la vulve lorsqu'on fait pousser la femme.

Cette tumeur est de consistance ferme, tendue; on peut l'attirer au dehors; elle est reliée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule blanchâtre, large, qui nait de la partie inférieure de la lèvre gauche et remonte jusqu'à 3 ou 4 ctm. sur la colonne postérieure. Le pédicule est de la même couleur que le reste du vagin; sa limite est nettement tracée, du côté de la tumeur, par un brusque changement de coloration, qui de rose-violacée devient franchement noire. Le temps de saignement est normal. La tumeur est enlevée par section du pédicule. L'hémostase est difficile en raison de la vascularisation et de la fragilité des tissus: toute la région qui saigne est prise dans une pince à anneau, qui tombe après 48 hrs. A ce moment les tissus de la vulve et du vagin sont roses, normaux, les varices ont complètement disparu. L'accouchement se fait à terme, sans aucun incident.

— M. M. Lévy et François ont fait des recherches dans les archives de la Maternité de Nancy et n'ont trouvé qu'un cas d'hématome pédiculé pendant les 20 dernières

années. Ils publient l'observation suivante recueillie dans le service du Prof. Frühinsholz (Bull. de la Soc. d'Obst. et de gyn. 1928 page 95).

Obs. No. 16.

Mme X., âgée de 30 ans, vient consulter pour une tumeur qui est apparue à la vulve la veille et s'accompagne de pertes sanguinolentes. Il s'agit d'une tertipare à 5 mois ½ de sa grossesse. Rien de spécial dans les antécédents. Il existe de nombreuses varices aux membres inférieurs et à la région périvulvaire. La tumeur s'engage à la vulve sous forme d'une mandarine rosée assez tendue, et en impose à première vue pour un avortement en cours. Dans ces conditions on fait monter la femme à la salle de travail. A un examen plus minutieux on constate qu'il s'agit d'une tumeur exulcérée et suintante, facilement refoulable dans le vagin, où elle va s'insérer sur la colonne postérieure à 3 ou 4 cm. en arrière de la commissure postérieure. Cette insertion se fait par l'intermédiaire d'un méso, qui occupe la paroi postérieure du vagin, sur un trajet de 3 cm. environ. Les différents appareils ne présentent rien de pathologique. Tension normale, absence d'albuminurie. Après 6 jours d'expectative il ne persiste plus qu'un petit moignon.

— Lenieff, dans sa thèse sur le thrombus superficiel et pédiculé du vagin admet que «le développement anormal des capillaires joint à la dénutrition des parois vasculaires sous l'influence de la grossesse peuvent expliquer la rupture de ces derniers sous l'influence d'une cause même légère.»

Cette remarque ne suffit pas pour expliquer deux particularités de la lésion: ainsi que le constate Mons. le Prof. Frühinsholz, dans la discussion de son cas, «elle se localise exclusivement sur le raphé strictement médian

du tiers moyen de la paroi vaginale postérieure, où elle s'insère non pas par un pédicule cylindrique, mais par un véritable méso. Ces tumeurs donnent l'impression qui s'impose d'une collection sanguine dans une cavité virtuelle préformée et commandée par une disposition anatomique spéciale. On ne peut ne pas être frappé de ce que le méso du thrombus s'insère exactement sur une crête qui correspond aux derniers vestiges d'adossement des 2 canaux de Muller: ce repli conditionne vraisemblablement la cavité virtuelle préalable; la grossesse apporte ensuite son ramollissement propre, son imbibition très particulière avec l'aptitude aux clivages qui en résulte et qui nous est bien connue. Ce ramollissement atteint son maximum dans le dernier tiers de la grossesse. On comprend que ces vestiges embryonnaires soient surtout intacts chez les primipares; ils finissent par être labourés chez les multipares.»

M. Vermelin, dans une communication à la Soc. d'Obst. et de gyn. le 18 janvier 28 à Nancy, rapporte une observation à l'appui de la remarque du Prof.Frühinsholz.

Obs. No. 17.

Jeune femme de 26 ans, primipare, est opérée au début du 9^{me} mois de gestation pour crises abdominales douloureuses: enlèvement d'un kyste du parovaire. L'accouchement a lieu à terme; en raison de la cicatrice récente on termine par un forceps sur le périnée. Après la délivrance naturelle, on aperçoit faisant saillie hors de la vulve et avoisinant la partie médiane de celle-ci une tumeur du volume d'une grosse noix, kystique, violacée et insérée sur la paroi vaginale par un tractus de 4 à 5 cm. Le thrombus est enfoui sous les sutures d'une déchirure qui a accompagné l'accouchement. Le 12^{me} jour, le contenu du thrombus est expulsé sous forme de caillots. Suites de couches normales.

— Pour revenir à la pathogénie des thrombus vulvo-vaginaux en général nous trouvons à côté des causes susmentionnées, d'autres causes beaucoup moins constantes ou moins certaines. Bien souvent leur pathogénie reste aussi obscure que celle des hématomes périrénaux spontanés. Pour expliquer ces hémorragies spontanées qui ne trouvent pas leur origine dans l'hémophilie, on a invoqué toutes sortes de causes dont aucune ne saurait résister à la critique. Ces faits prouvent au moins une chose, c'est qu'il peut y avoir hémorragie au sein du tissu conjonctif sans qu'il y ait congestion passive ou inflammatoire, sans qu'il y ait hémophilie, hémogénie ou autre dyscrasie sanguine connue.

Des divers faits exposés précédemment on peut conclure qu'aucun facteur efficient connu, ni même aucun facteur prédisposant n'est constamment observé dans l'apparition des thrombus vulvo-vaginaux:

d'ordinaire ce sont les violences obstétricales qui sont responsables de ces tumeurs, mais ces violences ne sont pas toujours notées, et d'ailleurs la rareté des thrombus s'oppose à la fréquence des accouchements laborieux. Si les constatations chez les femmes non enceintes prouvent que le traumatisme à lui seul peut donner un hématome, les observations No. 3 No. 4 et No. 5 montrent que le traumatisme n'est pas nécessaire; la faible importance des varices a été notée plus haut;

l'hémophilie ne saurait davantage intervenir comme cause, car la maladie ne s'observe pas chez la femme. Dans l'observation No. 15 le temps de saignement et dans l'observation No. 24 les temps de coagulation et de saignement étaient normaux;

parmi d'autres maladies, pulmonaire, cardiaque, rénale ou hépatique aucune n'a été constatée d'une façon constante;

enfin, les causes du thrombus ne semblent agir qu'une fois, car jusqu'à présent, personne à notre connaissance n'a cité un cas de récidive.

Peut-être la compréhension de l'étiologie et de la pathogénie des tumeurs sanguines vulvo-vaginales est-elle facilitée si on se rappelle qu'elles se forment à l'endroit de tissus érectiles, c. à. d. soumis à un jeu tout spécial des vaso-moteurs.

Nous avons signalé, dans l'observation No. 15, un fait remarquable: 48 hrs. après enlèvement d'un petit hématome pédiculé du vagin, la région vulvo-vaginale de violacée, tuméfiée, et variqueuse qu'elle était, est devenue d'aspect absolument normal avec disparition complète des varices.

Un mécanisme réflexe vaso-moteur semble la plus plausible des explications. De même, à notre avis, est-il permis de penser qu'un réflexe vaso-moteur se déclanche au moment d'un traumatisme et que le sang afflue dans les tissus lésés comme si une érection physiologique devait se produire.

La question de savoir quels sont les vaisseaux qui saignent est, dans les divers travaux, très discutée: pour Deneux, l'hémorragie était dûe à la rupture des veines variqueuses. Perret à l'autopsie d'une femme morte de thrombus, arrive à la conclusion qu'il y a hémorragie artérielle en même temps que veineuse.

Voici ce qu'il écrit à ce sujet dans sa thèse en 1865:

«Pour rechercher les vaisseaux rompus j'ai pratiqué une injection d'eau dans la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide venait sourdre en nappe à la surface du foyer. Aucune veine importante ne paraissait donc rompue. Une 2^{me} injection par l'artère iliaque primitive, avec

de l'eau s'est comportée comme la première: aucune artère volumineuse ne paraissait donc ouverte, et des vaisseaux artériels et veineux avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.»

M. Latzko, de Vienne dans la discussion qui a suivi l'exposé de l'observation No. 13, conteste l'importance de l'hémorragie veineuse: il se rappelle le cas d'un énorme hématome vulvaire post partum où après incision et évacuation il a dû ligaturer des artères qui donnaient.

Il conclut que les hématomes volumineux et d'apparition rapide sont dûs à des hémorragies artérielles.

Nous attribuons une première importance à l'hémorragie artérielle parce que:

1°) des jets artériels ont été constatés;

2°) l'augmentation de la tension artérielle peut provoquer un hématome vulvo-vaginal comme dans l'observation No.5;

3°) on ne peut concevoir qu'un épanchement qui par violence se crée une cavité du volume d'une tête d'enfant ne rompe en même temps veines et artères;

4°) l'hémorragie veineuse, surtout après l'accouchement, n'aurait pas la force de dissociation comme elle a été constatée bien souvent, dans l'observation No. 8 par exemple, où le releveur était entièrement déchiqueté et le rectum libéré de toutes parts. D'ailleurs la rupture spontanée fréquente de la peau en cas d'hématome vulvaire, est une autre preuve de la force de l'hémorragie.

Nous pouvons, avec assez d'approximation, évaluer la force de distension d'un pareil hématome; il nous suffit de faire une comparaison entre la cavité sanguine et le classique tonneau de Pascal. Imaginons par exemple la rupture, au sein des tissus, d'une artériole où la pression sanguine ne soit plus que de 5 cm. de mercure. Le calibre de cette artériole n'a aucune importance. Si elle donne dans un petit plan de clivage de 5 cm.^{2} de surface par exemple, il s'exerce sur chacune des faces de la cavité et en directions opposées une pression totale de $25 \times 5 \times 13.6 = 1.700$ gr. Or une tumeur sphérique qui aurait 25 cm. ^{2} de surface n'aurait pas 3 cm. de diamètre. On peut, d'après cela, se faire une idée de la tension qui doit s'exercer sur les parois d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Le calcul, analogue au premier, nous montre que dans une pareille tumeur, celle de l'observation No. 8 par exemple, il s'exerçait sur chacune des faces hémisphériques de la poche une pression centrifuge totale de 15 kg.

SYMPTOMES.

Les symptômes subjectifs accompagnant l'apparition d'un thrombus sont très variables; celui-ci peut passer inaperçu pour la femme. Il arrive que sans plainte aucune de la patiente, l'accoucheur remarque la tumeur et en prévient la femme étonnée. Dans l'observation No. 21 l'attention fut uniquement attirée par l'anémie.

En général, l'hématome se manifeste très bruyamment; la femme ressent des douleurs vives dans le domaine génital, avec irradiations dans les lombes et crampes dans les membres inférieurs. Parfois, comme dans l'observation suivante, la femme ressent des piqûres d'épingles dans la région intéressée, et est gênée par la tumeur douloureuse qu'elle porte entre les cuisses.

Obs. No. 18.

(M. M. Vallois, Roume et Montagne, à la Réun. de la Soc. d'Obst. Montpellier 2. IV 24).

Une primipare de 23 ans accouche spontanément d'un petit enfant. Le travail a été rapide, la délivrance normale. 4 hrs. après, apparition de douleurs vives, semblables à des piqûres d'épingles dans la région de la grande lèvre droite et très rapidement constitution d'une tumeur à cet endroit. Le surlendemain on constate une tumeur en tranche de melon, occupant toute la hauteur de la grande lèvre droite; elle mesure environ 15 cm. de long sur 5 cm de large. L'orifice vulvaire est complètement obstrué; la femme ne peut rapprocher les cuisses; elle place les membres inférieurs en abduction et rotation externe, pour éviter de comprimer la région douloureuse. Au palper cette tuméfaction violacée est molle, peu rénitente, sans crépitation amidonnée. On se contente de

soins aseptiques, mais 3 jours après, il faut inciser et vider la poche, car à sa partie moyenne un foyer de sphacèle avec odeur infecte est apparu. La cavité du thrombus permet l'introduction de l'index dans toute sa longueur; elle remonte jusqu'au voisinage du col et ne parait pas s'étendre latéralement. On désinfecte et on tamponne. Suites normales.

— Les douleurs frappent surtout lorsque, après la délivrance, les douleurs sont normalement absentes ou faibles.

En voici encore un exemple, dans l'observation rapportée par M. Gay de Toulouse, à la Réunion de la Soc. d'Obst. et Gyn., en 1929.

Obs. No. 19.

Une primipare de 21 ans arrive à terme après une grossesse normale. La tête descend bien jusque sur le périnée, mais à ce moment on doit terminer l'accouchement par le forceps pour inertie utérine. Délivrance normale. Cinq heures après la malade se plaint de vagues douleurs dans la région pelvienne qui sont prises pour des tranchées utérines. Dix heures après, les douleurs n'ont cessé de s'accroître et s'accompagnent de violentes irradiations lombaires. La vessie très distendue est prise pour cause des douleurs et est sondée; à la recherche du méat la vulve ne présente rien d'anormal, mais on constate une ecchymose de la fesse gauche et un oedème de l'anus dans sa moitié gauche. Au toucher vaginal on trouve une collection du volume d'un poing, refoulant toute la moitié inférieure du vagin vers la paroi droite; sa partie supérieure est mal délimitée. L'état général, malgré un pouls à 120 étant bon, on reste dans l'expectative; le lendemain les douleurs ont disparu, le pouls est

à 80, la température normale. Le surlendemain la poche se rompt et se vide spontanément au niveau de la face interne de l'hymen. Les suites sont apyrétiques; la température n'a jamais dépassée 37° 5. On a donné 5 ampoules de vaccin de Bruchettini.

— Contrairement à ce qui s'est passé dans l'observation précédente, la douleur peut apparaître subitement et aller encore en croissant pendant que la distension des tissus augmente. Nous en avons un exemple dans l'observation No. 11.

La douleur frappe surtout lorsque, sans qu'il y ait traumatisme, la tumeur survient au cours de la grossesse, comme cela s'est passé dans l'observation No. 4. Pendant l'accouchement elle peut être confondue avec les douleurs du travail; elle est parfois plus vive que les douleurs de l'enfantement et a pu provoquer la syncope.

La nature de la douleur dépend du siège de la tumeur: vulvaire dans le siège vulvaire, la douleur est plus profonde en cas de thrombus périvaginal; elle est dûe avec ses irradiations lombaires ou fémorales à la rupture des filets nerveux ou à la compression de troncs nerveux. On conçoit qu'elle soit violente lorsqu'on se représente la formation d'une cavité grosse comme une tête d'enfant.

Dans les cas où la tumeur est vaginale, la femme éprouve une sensation de corps étranger avec besoin involontaire de pousser. Ce ténesme est dû à la pression qu'exerce la tumeur quelque peu volumineuse sur la vulve et sur l'anus; il est d'autant plus caractéristique que la délivrance est terminée et qu'aucun caillot ne sort par la vulve. L'observation No. 11 est un exemple de ces douleurs et de ce ténesme.

Les symptômes objectifs consistent dans la perception de la tumeur et souvent en signes d'hémorragie soit interne, soit externe.

La tumeur peut se présenter en des endroits variables et avoir un aspect et une consistance variables. L'hématome vulvaire est presque toujours unilatéral; lorsqu'il est bilatéral, il peut s'agir de deux tumeurs distinctes, ou d'un envahissement par infiltration de la lèvre opposée à la tumeur. La statistique de Cadilhac relève 164 cas de tumeur unilatérale sur 175 observations. On constate d'habitude sur une des grandes lèvres une tuméfaction de volume variable depuis celui d'un petit oeuf de poule à celui d'une tête d'enfant. Elle peut présenter une limitation nette à la façon d'un kyste, ou se continuer insensiblement, par une filtration diffuse, avec les tissus environnants; elle peut ainsi gagner les cuisses ou les fesses. Fréquemment une zone ecchymotique apparaît plus ou moins tôt à son pourtour; elle a pu s'étendre dans les premières 24 ou 48 heures jusqu'au-dessus des crêtes iliaques. La peau recouvrant la tumeur peut être d'apparence normale, mais en règle elle est tendue, luisante, ecchymotique; parfois des phlyctènes s'y observent, remplies de sérosité qui transsude sous l'influence de la tension. La consistance de la tumeur est élastique et fluctuante; cette fluctuation persiste assez longtemps, car le sang reste parfois liquide pendant plusieurs jours; Thibaudier, d'une de ces tumeurs a pu retirer 50 gr. de sang liquide après 15 jours. Enfin il y a absence de pulsations

Ordinairement les hématomes vulvaires se continuent vers le haut et sont en réalité vulvo-vaginaux; on constate alors, joints aux signes de l'hématome externe, les signes de l'hématome profond. Celui-ci prend facilement un très fort développement et peut atteindre le volume d'une tête d'enfant, comme dans l'observation No. 8.

Elle fait alors une forte saillie, soit dans le vagin, soit en même temps dans le rectum, où elle peut causer de la constipation. Les parties recouvrantes constituées par la

muqueuse sont souvent distendues à l'extrême: elles sont bleu-noirâtres, laissant apercevoir le sang par translucidité; parfois elles sont fissurées et suintantes. Comme dans l'observation No. 8 à chaque contraction utérine la tumeur peut apparaître à la vulve entr'ouverte et donner l'illusion de la présentation ou de la poche des eaux.

Le doigt explorateur peut avoir de la peine à pénétrer dans le vagin, qui peut être rétréci irrégulièrement, ou de façon uniforme par une infiltration annulaire. Cette dernière éventualité est exceptionnelle; ordinairement la tumeur est largement implantée sur une des faces latérales ou postérieure du vagin; elle présente son pôle inférieur à la vulve plus ou moins entr'ouverte et repousse la cavité vaginale d'un côté. Lorsque l'urètre est comprimé c'est que la compression s'exerce à travers la paroi antérieure du vagin; rarement la tumeur l'intéresse directement, car l'urètre et le vagin sont intimement unis par un fascia dense.

Enfin, la tumeur peut être exclusivement profonde avec aspect absolument normal de la vulve, comme dans l'observation No. 19, où la tumeur ne fut pas soupçonnée pendant la recherche du méat urinaire.

La fièvre, dans les thrombus sans complications infectueuses n'existe pas ou se réduit à une légère fièvre de résorption.

L'hémorragie externe, à un degré moyen, peut se mettre par sa fréquence au rang d'un symptôme; elle peut consister en un suintement sanguin lorsque la surface de la tumeur se fissure; plus fréquemment, l'hémorragie résulte de la rupture du thrombus; celle-ci peut survenir après une distension relativement modérée mais prolongée, de sorte qu'en un point la surface de la tumeur se sphacèle et s'élimine comme dans l'observation No. 9. Dans d'autres cas l'hémorragie survient précocement par suite de rupture brutale.

Nous avons noté plus haut, à propos des observations No. 6, 7 et 8, la force d'accroissement des thrombus pendant le travail. Bonsignorio, dans sa thèse, a souligné ce même fait.

Relativement au thrombus pédiculé du vagin les observations No. 15, 16 et 17 offrent un tableau complet de leur symptomatologie.

EVOLUTION.

L'évolution la plus simple d'un thrombus puerpéral consiste en sa résolution. Aussi, chaque fois que la tumeur n'est pas très volumineuse, lui laisse-t-on le temps de se résorber. Ainsi dans l'observation No. 11 le thrombus a diminué en huit jours du volume d'une mandarine à celui d'une olive. Il persiste alors un noyau induré à l'endroit de l'ancien hématome. Lorsque l'hématome est volumineux sa résorption peut mettre des semaines à s'accomplir; Thibaudier cite le cas d'une tumeur où après 15 jours on put retirer 50 gr. de sang liquide. Aussi, pour éviter à la femme une gêne ou des douleurs inutiles, n'attent-t-on pas dans ces cas la guérison spontanée. Une thérapeutique active est d'autant plus indiquée qu'un volumineux hématome risque de se rompre spontanément, et de s'infecter qu'il y ait eu rupture ou non.

La rupture spontanée peut survenir précocement ou tardivement. Dans le premier cas elle est dûe à l'accroissement intempestif de la tumeur ou à des violences obstétricales exercées sur elle; dans le second cas il y a sphacèle des parois et évacuation spontanée des caillots à la suite de la chute de l'escharre.

Les observations No. 4, 9, 18 et 19 en fournissent des exemples. En voici un autre:

Obs. No. 20.

(Ecole des Sages-femmes, Strasbourg. Obs. No. 1358; 1929)

Mme B. S., primipare, agée de 26 ans est entrée le 30. I. 29. La grossesse est bien supportée. L'accouchement se fait à terme avec bassin non rétréci, suivant un mécanisme normal, dégagement en O. S. La période d'ex-

pulsion a duré 2 h. 5 min. Il a été pratiqué une épisiotomie avec suture consécutive. Le lendemain de l'accouchement l'examen de la femme fait constater sur la fesse gauche un volumineux hématome sous-cutané, sous forte tension, s'étendant depuis le périnée jusqu'au pli fessier gauche. La suture du périnée est en bon état. Deux jours après la température est subfébrile, et les lochies sont fétides. Au courant de la journée la femme expulse par le vagin un caillot sanguin du volume d'un gros oeuf de poule. L'examen pratiqué à la suite de cet incident montre à l'intérieur du vagin une large déchirure à gauche, remontant assez haut. Vers la fesse on arrive dans une excavation dans laquelle on parviendrait à loger une grosse noix. Trois jours plus tard, la température est en baisse. L'hématome est en voie de résorption. Après 4 jours la température est normale. Enfin, le 15^{me} jour des suites de couches la plaie du vagin montre une tendance nette à se fermer depuis le haut; l'excavation s'est presqu'entièrement comblée, et extérieurement l'hématome de la fesse s'est presqu'entièrement résorbé.

COMPLICATIONS.

Les complications des thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux sont de trois ordres: dystociques, hémorragiques et infectieuses.

I) Les complications obstétricales sont dues principalement à la gêne apportée au passage de la présentation par une tumeur faisant saillie dans le canal vulvo-vaginal. Nous avons en effet noté plus haut que ces tumeurs, nées devant la présentation acquéraient très facilement un grand volume et arrêtaient, comme dans l'observation No. 8 la marche de l'accouchement. Mais précisément en raison de leur violence de distension ces tumeurs se rompent facilement, libérant ainsi spontanément la voie au foetus.

C'est, comme dans les observations No. 6 et 7, l'éventualité la plus fréquente et la plus heureuse, à la condition que la sortie de l'enfant ne subisse plus aucun retard. Un pareil retard entrainerait une perte sanguine importante et compromettrait à la fois la vie de la mère et celle de l'enfant.

Après l'expulsion de l'enfant une tumeur vulvo-vaginale peut encore s'opposer à l'issue de la délivrance et à l'écoulement des lochies. L'utérus ne peut revenir sur lui-même, ce qui expose aux complications habituelles de la rétention de l'arrière-faix, à l'hémorragie et à l'infection.

2) Les hémorragies décrites plus haut parmi les symptômes peuvent, par leur importance, s'élever au rang d'une complication. Il peut s'agir d'hémorragies externes et d'hémorragie mixtes.

Les hémorragies externes sont surtout redoutables lorsque l'hématome a acquis un grand volume devant la

présentation, et qu'il s'est rompu avant la sortie du foetus. La présentation engagée fait office d'un garrot de stase et, en entravant la circulation de retour, est cause de la grande force de ces hémorragies.

Les hémorragies internes sont encore plus redoutables, car elles frappent moins l'entourage et sont plus difficiles à arrêter. Voici en effet ce qui se passe: l'hématome s'étend vers l'abdomen, décolle le péritoine, et crée une nappe saignante sous-péritonéale qui peut remonter jusqu'au diaphragme. Le sang épanché a toutes les facilités à se collecter en une vaste poche recouverte par le péritoine décollé. Lorsqu'apparaissent les signes de grande anémie le traitement est ordinairement impuissant, étant donné l'étendue et la situation profonde des surfaces saignantes. La symptomatologie est parfois bruyante, avec douleurs sacro-lombaires extrêmement vives, dues à la compression ou à la dissection par le sang des nerfs présacrés. Mais, comme dans l'observation suivante, les douleurs n'ont rien de caractéristique et la femme peut présenter quelques douleurs abdominales banales et mourir d'anémie aigue.

Obs. No. 21.

(M. M. Gonnet et Jeannin, Soc. d'Obst. et de gyn. de Lyon, le 5. III. 27).

Une primipare de 23 ans a accouché à terme et normalement. 1 h. après la malade s'est plainte de douleurs abdominales avec envies de pousser; elle est devenue très pâle sans hémorragie externe importante. Une injection vaginale chaude pratiquée alors a évacué un caillot du volume d'une tête foetale; après cette injection est apparu un suintement sanguin minime, mais continu. Après 2 hrs. d'attente un médecin est appelé qui envoie la malade à la Maternité où elle meurt 3 h. après. Toucher sur

le cadavre: le vagin est obstrué par une énorme masse latérale droite descendant jusqu'à 3 cm. environ de l'orifice vulvaire. Elle se continue avec une tuméfaction perçue dans la fosse iliaque droite qu'elle occupe en presque totalité. Sur la paroi latérale droite du vagin existe un orifice du diamètre d'une pièce de 2 francs, d'où partent des caillots. A l'autopsie on trouve un énorme hématome infiltrant tout le ligament large droit et remontant jusqu'au pôle inférieur du rein droit. A gauche il n'y a aucune lésion. La paroi vaginale postérieure n'est pas décollée du rectum. Le vaisseau saignant est introuvable. Les caillots extraits de la poche pèsent 1.200 gr. Utérus s. p.

3) L'infection constitue de nos jours encore la complication la plus courante et le principal danger des thrombus puerpéraux. Elle est presqu'inévitable lorsque la poche communique avec l'extérieur; mais elle peut survenir aussi dans une poche fermée. Dans ce dernier cas elle s'explique soit par une origine sanguine, soit par une origine lymphatique à partir d'une érosion de la muqueuse. Il peut s'agir d'une suppuration franche, avec tension douloureuse et rougeur, ou d'une putréfaction, avec apparition d'un foyer de sphacèle à odeur fétide à la surface de la tumeur, comme le fait s'est produit dans l'observation No. 18. L'infection peut survenir précocement ou tardivement. Ainsi Deneux cite le cas où, «vers le milieu du troisième mois survint une fièvre accompagnée de frissons, puis une inflammation avec suppuration de la tumeur.»

Charbonnel et Favreau, dans le bulletin de la soc. d'obstétr. et de gyn., N. 6, p. 456, 1920, rapportent une observation analogue à propos d'une primipare qui, 7 semaines après l'accouchement, présentait les symptômes d'un abcès de la région périvaginale gauche. Peut-être, concluent les auteurs, s'agissait-il d'une in-

fection par voie sanguine, la malade ayant fait une mammite quelques jours auparavant.

Les thrombus, rompus spontanément ou incisés, s'infectent avec une très grande facilité, et, malgré nos moyens actuels, cette infection présente parfois un haut degré de gravité. Le danger reconnaît une double cause: comme partout ailleurs, une cavité anfractueuse remplie ou tapissée de sang coagulé, représente un milieu très propice à la culture des germes et cette cavité débouche dans une région où l'asepsie stricte est difficile à obtenir. D'autre part, l'utérus qui vient de se vider représente une vaste surface cruantée qui se trouve au voisinage de la cavité infectée. Aussi l'infection du thrombus, lorsqu'elle ne dépasse pas un certain degré, est-elle de règle; la cavité sécrète, il faut la drainer et la température reste élevée pendant assez longtemps; elle est restée à 39° pendant 10 jours dans l'observation No. 8, et dans l'observation No. 13 la température est restée élevée pendant trois semaines. Des deux observations suivantes, la seconde s'est terminée par la mort de la femme.

Obs. No. 22.

(Ecole des Sages-femmes, Strasbourg. Obs. No. 1346, 1932).

Mme Z. 23 ans, primipare, entre à la clinique le 30. 12. 32. Le travail a commencé à 8 hrs. du matin; à 15 heures à l'examen on constate une présentation en O. I. G. A. tête amorcée, col effacé, dilatation petite paume, poche intacte. A 15 hrs. 30 on rompt la poche, l'enfant, de 4500 gr. nait spontanément à 16 hrs. par un mécanisme normal, dégagement en O. P. Le placenta est expulsé spontanément, sans perte anormale de sang. A 19 hrs. se produit une hémorragie subite de sang rouge, sans tendance à s'arrêter. Cette hémorragie, plusieurs heures après l'accouchement, pose l'indi-

cation d'un examen complet en anesthésie générale: l'utérus est bien contracté, ne présente pas d'anomalie. Sur la paroi vaginale gauche par contre, il existe une tumeur du volume d'une grosse orange aplatie, occupant dans toute sa hauteur la paroi de l'excavation. La consistance est rénitente et fluctuante. Vers le pôle inférieur de la tumeur se remarque l'orifice de l'ouverture spontanée, par où s'est faite l'hémorragie. Vers le haut la tumeur est nettement séparée du paramètre et des espaces sous-péritonéeaux. On pratique le tamponnement serré du vagin et on donne du sérum de Vincent. Le lendemain la malade est pâle, anémique et se plaint de ténesmes rectaux. Extérieurement rien n'est visible, la mobilisation de l'utérus est douloureuse, la fosse iliaque est souple. On retire le tampon sans provoquer d'hémorragie. Le 2. I. 33. pertes abondantes vaginales, fétides. Le 4. la malade a l'aspect infecté: température à 39°, pouls à 125. à l'examen, à 4 ou 5 cm. de l'entrée du vagin, on tombe sur un orifice situé sur la paroi postérieure et laissant passer un doigt, menant dans une vaste cavité remontant jusqu'au dessus de l'arcade et allant jusqu'aux parois du bassin; elle a les dimensions de 12/12 cm. environ et contient de petits caillots. Sur la paroi postérieure du vagin on rencontre une proéminence pâteuse du volume d'une mandarine et douloureuse. Le col est remonté. Le diagnostic d'un hématome vaginal infecté est posé; on draine au point déclive par l'orifice de perforation et on donne de la Septicémine avec Ergotine; le 17 la température se maintient aux environs de 38°. Il existe des pertes abondantes et fétides. L'état général s'améliore petit à petit. Le 9. 1. l'orifice de perforation s'est fermé par accolement, le 12. 1. la température est subfébrile, les pertes sont toujours abondantes. Le 18. 1. les pertes diminuent, la cavité est comblée par une vaste cicatrice avec infiltration légère périphérique. — Suites normales.

Obs. No. 23.

(Ecole des Sages-Femmes, Strasbourg; No. 738; 1930).

Mme. K., agée de 27 ans, accouche normalement et à terme de son 7^{me} enfant. Peu après, à la suite d'un traumatisme de la vulve, un hématome se développe sur la lèvre gauche. Cet hématome s'infecte après rupture. Quelques jours après, la femme se fait admettre à la clinique. Elle meurt le lendemain d'une septicémie dont l'hématome a été le point de départ.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic d'un hématome vulvo-vaginal puerpéral est d'ordinaire facile; la plus grande difficulté est due à ce que ces tumeurs sont rares et que, par conséquent l'on ne pense guère à elles. Si l'on est prévenu le simple coup d'oeil suffit dans beaucoup de cas à en poser le diagnostic.

Dans le cas le plus simple, en effet, il est apparu en peu de temps après l'accouchement une plus ou moins forte distension unilatérale de la vulve, avec coloration violacée des téguments correspondants. — Mais comme le montre l'observation No. 19 la vulve peut présenter un aspect absolument normal, et d'autrepart l'hématome en question peut se produire à tout moment de la grossesse et l'accouchement.

Pendant la grossesse, si par grande exception le cas devait se produire, on apprendrait qu'à la suite d'une contusion de la vulve il se serait développé en peu d'instants ou en peu d'heures une tumeur douloureuse, plus ou moins élastique et fluctuante; une ponction pratiquée précocement ramènerait du sang.

Le diagnostic d'un hématome vulvo-vaginal devant la présentation est d'ordinaire facile, car par ses complications il invite presque toujours à un examen complet de la parturiente. Tantôt la tumeur fera obstacle à la marche de l'accouchement: on se rendra compte au toucher que le vagin est obstrué par une masse lisse, largement implantée latéralement, empêchant parfois jusqu'au passage du doigt et ne présentant pas les caractères en relief de la présentation; la perception d'une saillie dans le rectum et l'aspect bleu-noir de la tumeur imposent le diagnostic. — Tantôt il se produit au-devant de la présentation une hémorragie brusque et violente, sans tendance à l'arrêt tant que l'enfant n'a

été extrait ou expulsé. A l'examen du vagin vide on se rendra compte de l'existence d'une déchirure donnant accès à une cavité plus ou moins vaste, traduisant la source de l'hémorragie.

Après l'accouchement, l'éventualité d'un thrombus viendra à l'esprit en face d'une douleur ressentie dans la zone génitale, douleur qui est apparue au boût de quelques instants ou de quelques heures, d'une façon brusque et intense d'emblée ou d'une façon insidieuse, avec exagération dans les heures qui suivent. Elle peut dépasser en intensité les douleurs de l'accouchement et s'accompagner d'une sensation de corps étranger et d'un besoin de pousser assez caractéristique. (voir observ No. 11.)

D'autrefois on sera averti par l'existence d'une hémorragie post partum; on constatera que l'utérus est bien rétracté, et à la recherche d'une déchirure éventuelle du périné on trouvera soit une tumeur sanguine fissurée et suintante, soit une déchirure latéro-vaginale donnant accès à une cavité remplie de caillots.

Diagnostic différentiel. Des principaux symtômes des thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux chacun a pu, dans certains cas, induire en erreur:

la douleur provoquée par un thrombus après la délivrance pourrait être prise pour des tranchées utérines. (voir l'obs. No. 19). On se rappelera que les tranchées s'observent chez les multipares, et qu'elles présentent un caractère rythmé;

les hémorragies sont parfois plus difficiles à reconnaître dans leur vraie nature. Ainsi il est possible qu'un thrombus vaginal retienne l'arrière-faix; on pensera tout d'abord à une origine utérine du sang, laquelle sera écartée après la délivrance artificielle et la constatation du globe de sureté. De même la constatation d'un utérus bien rétracté permet d'écarter l'origine utérine du

sang dans le cas d'un hématome vaginal qui se serait rompu et affaissé avant de devenir volumineux. — Girard dans sa thèse cite un cas où une opération césarienne fut pratiquée à cause d'une hémorragie qu'on attribuait à une insertion basse du placenta; elle provenait en réalité d'un thrombus vaginal.

La tumeur elle-même une fois perçue, prête plus rarement à confusion: dans l'observation No. 4 elle fut prise pour une Bartholinite aigüe; cette dernière affection se caractérise par sa rougeur, sa chaleur et par l'absence d'ecchymoses et de fluctuation. D'ailleurs son mode d'apparition est plus lent que celui du thrombus. La hernie inguino-labiale, lorsqu'elle est réductible, ne prête à aucune confusion; étranglée, elle s'accompagne des symptômes d'un étranglement herniaire. — La hernie de la vessie dans le vagin occupe un endroit où le thrombus ne s'observe guère; de plus les symptômes urinaires sont au premier plan. — Dans l'observation No. 16 enfin, un thrombus pédiculé du vagin découvert pendant la grossesse a suggéré d'abord l'idée d'un avortement en cours, et dans l'observation No. 8. la tumeur qui, à chaque contraction s'avançait devant la tête a été prise pour la tête elle-même. C'étaient, on l'a vu, des méprises d'un instant et leur citation ne présente qu'un faible intérêt pratique.

PRONOSTIC.

En parcourant les observations déjà anciennes, en particulier celles de Deneux qui datent toutes d'avant 1830, on est frappé par le pourcentage impressionnant de cas mortels. Sur les 62 observations de thrombus vulvo-vaginaux nous notons en effet 22 cas mortels pour la mère et 21 morts de foetus. Mais la lecture des circonstances dans lesquelles la mort est survenue est faite pour rassurer une femme qui aujourd'hui serait atteinte de cette affection. Tantôt en effet, le médecin arrive 5/4 heure après le début d'une forte hémorragie; tantôt c'est la sage-femme qui s'était chargée du traitement; tantôt on retarde l'extraction d'un enfant retenu par l'hématome devant la présentation, tantôt la tumeur est prise pour un renversement du vagin et on tente la réduction. Ce pronostic sombre résultait en partie d'une erreur dans le diagnostic même de ces tumeurs, et ainsi que le dit Deneux «les erreurs commises l'ont été à une époque où ces tumeurs n'étaient pas connues, et par des personnes qui n'avaient rien lu sur ce sujet, et qui n'avaient jamais observé rien de semblable qui n'en avaient jamais entendu parler.

Aujourd'hui que l'attention a été particulièrement fixée sur cette espèce de thrombus, l'erreur est moins facile; elle serait aussi beaucoup moins excusable.»

«Cependant, dit-il, les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin sont toujours un accident très grave . . . . c'est l'hémorragie externe qui a fait succomber les femmes dans la plupart des cas. — Je dois dire, en terminant ce qui est relatif au pronostic, que dans plusieurs des cas qui ont amené la mort, on n'a point administré aux malades les secours convenables».

Déjà en 1896, Devoir dans sa thèse, constate une grande amélioration dans la question du pronostic. Dans les 9 observations recueillies à partir de 1890 aucun décès n'est signalé, on note même rarement de la fièvre élevée.

Nous mêmes publions dans cette étude 21 observations des dernières années; nous ne relevons parmi elles que 3 cas de mort.

La mort par hématome vulvo-vaginal peut survenir par hémorragie ou par infection. Deneux cite le cas d'une femme qui, par suite de la violence de l'hémorragie n'eut plus le temps «d'élever son âme à Dieu.» Dans l'observation No. 20, la femme est morte d'hémorragie mixte, surtout interne. A la lecture de cette observation on pourra cependant remarquer que les soins convenables ont été donnés trop tardivement, après une attente pendant laquelle le sang s'est créé une cavité qu'il était finalement impossible de tamponner. Aussi pensons-nous que de nos jours la mort par hémorragie est exceptionnelle lorsque la femme est livrée à temps entre des mains compétentes.

Il n'en est plus de même de la mort par infection; celle-ci peut déterminer la formation d'abcès étendus, ou d'infiltration purulente pouvant remonter très haut sous le péritoine abdominal. Malgré l'asepsie et l'antisepsie actuelles qui ont fortement abaissé la mortalité d'autrefois, la gravité de l'infection persiste; elle est accrue par la présence d'un utérus dépourvu de sa muqueuse et apte à l'infection puerpérale.

TRAITEMENT.

Les moyens de traiter les thrombus vulvo-vaginaux varient suivant leur date d'apparition, leur volume, suivant leur évolution spontanée et leur localisation principale.

1°) **Pendant la grossesse:** si l'hématome survient loin du terme, on tient surtout compte du volume de la tumeur: une tumeur fermée, relativement petite, n'occasionnant pas de vives douleurs et n'apportant aucune gêne ni à la miction, ni à la défécation, est à traiter par le repos de la femme, avec quelques compresses froides au début et l'antisepsie vaginale et vulvaire. De cette façon on peut s'attendre à la disparition en 10 ou 20 jours d'une tumeur du volume d'une mandarine. Les ponctions de la tumeur sont inutiles, les caillots ne pouvant être retirés.

Si l'hématome est volumineux, la résorption spontanée est encore possible, mais elle demande un temps assez long et impose à la femme une inactivité et des souffrances prolongées. D'après les principes généraux du traitement de tout hématome l'incision et le curage digital sont alors à conseiller. Cette façon de faire comporte cependant certains risques et est contr'indiquée dans les dernières semaines de la grossesse. En cas d'ouverture de la poche, en effet, l'infection risque de persister jusqu'au moment de l'accouchement, et on comprend le danger d'une suppuration à cette époque. Le mieux est d'attendre et de ne rompre la poche que par nécessité, si elle faisait obstacle à l'accouchement.

2) **Pendant le travail:** Fréquemment la tumeur se rompt d'elle-même, comme cela s'est passé dans les observations No. 6 et 7. Il faut alors si possible terminer l'accouchement.

2°) **Pendant le travail:** Fréquemment la tumeur se rompt d'elle-même, comme cela s'est passé dans les observations No. 6 et 7. Il faut alors si possible terminer l'accouchement au plus vite. On supprimera ainsi la stase dans la région vulvo-vaginale et on diminue fortement l'hémorragie externe et l'hémorragie d'infiltration. La brèche sera aggrandie au besoin, les caillots seront enlevés, et l'hémostase sera obtenue par un capitonnage au Reverdin, des ligatures ou le simple tamponnement, suivant la force de l'hémorragie.

Un thrombus petit et fermé est à respecter. On appliquera des compresses froides sur la région et on surveillera strictement la femme. Des signes d'accroissement de la tumeur ou des signes d'anémie, sont une indication d'intervention immédiate. Elle doit éviter que le sang ne fuse sous le péritoine abdominal et se créé là une vaste cavité impossible à tamponner. L'intervention doit consister dans l'ouverture de la poche et la terminaison de l'accouchement. L'hémostase sera obtenue comme plus haut. L'observation suivante, rapporté à la Séance du 5 mars 28 de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lyon, par M. M. Rhenter, Romand et Mourrier justifie la conduite proposée. L'incision et le tamponnement précoce auraient très vraisemblablement évité en grande partie l'accroissement de la tumeur.

Obs. No. 24.

Une tertipare de 19 ans accouche spontanément en 15 min. et avec de violents efforts expulsifs. ¾ d'heure après, avant la sortie du délivre, on constate au niveau de la grande lèvre droite une tuméfaction du volume d'un oeuf. Quelques heures après un nouvel examen montre une infiltration oedémateuse de tout le périnée postérieur; elle s'étend à la région périanale qui dans sa partie

droite présente une ecchymose. En écartant les lèvres on voit qu'il s'agit d'un volumineux hématome vulvo-vaginal, occupant toute la cavité vaginale à droite, débordant au-delà de la ligne médiane. La malade ne souffre pas et n'accuse que par moments un besoin de pousser. On la met au repos absolu, avec de la glace sur la région vulvaire. Après deux heures la tuméfaction a considérablement augmenté de volume en devenant très douloureuse. Il se produit une hémorragie brusque qui persiste sous forme d'un suintement sanguin. Après 5 hrs. la tumeur a sensiblement diminué. Les temps de coagulation et de saignement sont normaux. Le lendemain la tumeur a gardé son volume et le suintement sanguin continue. 4 jours après l'accouchement, en pressant l'utérus on provoque l'issue d'un volumineux caillot. Le 5^{me} jour des suites de couches l'ecchymose périanale s'étend vers l'ischion, la température s'est élevée à 38^{0} 8. On intervient alors en vidant la poche de ses caillots, elle présente un prolongement dans la fosse ischio-rectale, où l'on pratique une contr'incision pour poser un petit drain. Pansement à plat. — Suites excellentes.

Tout thrombus qui prolonge l'accouchement risque de s'accroître beaucoup en peu de temps; de plus la vie du foetus est compromise. Aussi y-a-t-il lieu d'inciser précocement et de terminer l'accouchement au plus vite.

3^{0}) **Après l'accouchement:** les hématomes des suites de couches, qu'ils surviennent précocement ou après quelques jours, sont à respecter aussi longtemps qu'ils restent petits, fermés et que la femme n'accuse de signes objectifs ou subjectifs importants. Cette conduite a été tenue dans l'observation No. 11, pour le bien de la patiente. Les thrombus volumineux sont à ouvrir, pour éviter la douleur et une convalescence longue; on prévient aussi de cette façon une ouverture spontanée plus ou moins tar-

dive (voir les obs. No. 9, 19, 20 et 24). Cette conduite a été tenue dans les obs. No. 8, 10, 13.

A n'importe quelle époque les tumeurs fissurées, suintantes, celles qui présentent des signes de sphacèle ou de suppuration sont à ouvrir immédiatement comme dans les obs. No. 4 et 18.

L'infection des poches est à traiter préventivement et curativement par les moyens locaux et généraux habituels. En face des signes d'hémorragie interne, la poche est toujours à ouvrir et à tamponner d'urgence pour éviter les grands clivages profonds. L'observation No. 21, à issue mortelle, prouve dans ces cas la gravité de la temporisation.

Pour ce qui concerne les thrombus pédiculés, il ressort de l'observation No. 15 que le traitement à recommander consiste à pincer le pédicule, à le sectionner au-dessous de la pince et à laisser celle-ci se détacher spontanément. Lorsque l'accouchement n'est pas terminé, la pince est remise en place dès la sortie de l'enfant.

En résumé, on voit que le traitement des thrombus vulvo-vaginaux puerpéraux se présente dans ses grandes lignes avec une assez grande simplicité: expectative pour les tumeurs petites, incision pour les tumeurs s'accompagnant d'un inconvénient sérieux quelconque: dystocie, anémie, douleurs ou infection.

CONCLUSIONS.

1° Le thrombus vulvo-vaginal puerpéral est une affection très anciennement connue, mais rare: on l'observe en moyenne une fois sur un peu moins de 2000 accouchements dans les services hospitaliers.

2° Il s'observe pendant la grossesse, pendant le travail et immédiatement après l'accouchement; il est un peu plus fréquent chez les primipares que chez les multipares, vu la plus grande importance du traumatisme chez les primipares.

3° Le traumatisme obstétrical en est la cause apparente la plus fréquente; mais il n'existe aucune cause constante qui nous soit connue. — Le thrombus pédiculé du vagin semble lié à la présence de vestiges des canaux de Muller dans la paroi vaginale postérieure.

4° Les thrombus volumineux peuvent être engendrés par une hémorragie artérielle.

5° La symptomatologie subjective du thrombus vulvo-vaginal se résume essentiellement dans une douleur anormale; la symptomatologie objective consiste dans la brusque apparition d'une poche vulvo-vaginale éclatant souvent soit spontanément, soit sous l'influence des violences obstétricales.

6° Il suffit d'avoir envisagé l'éventualité d'un thrombus vulvo-vaginal puerpéral pour que, dans la plupart des cas, son diagnostic soit posé à première vue.

7° L'affection, de grave qu'elle était autrefois, est devenue de nos jours bénigne; la plupart des dangers d'autrefois sont évitables par la conduite actuelle. L'infection n'en reste pas moins à redouter.

8° Le traitement d'un thrombus vulvo-vaginal petit et ne gênant pas l'accouchement consiste à attendre sa ré-

sorption spontanée. Par contre, toute tumeur entravant la marche de l'accouchement, toute tumeur douloureuse, volumineuse ou infectée est à ouvrir et à vider. Une tumeur petite et fermée, mais avec signes d'anémie est à ouvrir et à tamponner d'urgence.

Vu : Le Doyen P. MERKLEN.

Le Président de thèse : M. REEB, Professeur.

Vu et permis d'imprimer

Strasbourg, le 17 mars 1933.

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université:

J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE.

DENEUX: Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Paris 1830.

DEVOIR : Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. Thèse de Paris 1896.

GIRARD: Contribution à l'étude des thrombus de la vulve et du vagin. Paris 1874.

THIBAUDIER : Contribution à l'étude du thrombus vulvaire et de son traitement. Thèse de Lyon 1921.

A. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE : Traité d'obstétrique page 1025 et s. (1924)

SPIEGELBERG: Lehrbuch der Geburtshülfe (1882) page 577 et s.

CAZEAU: Traité de l'art des accouchements 1845.

SCANZONI: Traité pratique des maladies des organes de la femme 1858, p. 498 et s.

SCHROEDER: Lehrbuch der Geburtshülfe 1880 S. 799 et s.

NAEGELE: Lehrbuch der Geburtshülfe 1867 p. 579 et s.

HALBAN-SEITZ: Biologie u. Pathologie des Weibes 1928 Bd. VII, 2; S. 413 et Bd. VIII, 354 et 1014.

RHENTER: Un cas de thrombus vaginal.
Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. année 1925 p. 580 et s.

GORMET ET JEANNIN: Thrombus abdomino-pelvien. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. an 1927 p. 392).

DESROMPS: Thrombus vulvo-vaginal survenu à la suite d'un Coït. (Bull. Soc. d'Obs. et gynéc. 1927 p. 253.

BONSIGNORIO: Contribution à l'étude du thrombuus de la vulve et du vagin pendant le travail. (Thèse de Montpellier 1889)

SCHACHMANN: Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes. Th. Paris 1898.

BORIES: Les thrombus génitaux puerpéraux. Th. Paris 1904.

CHAMPEAU: Contribution à l'étude du thrombus périvulvaire et périvaginal. Paris 1914.

GROS: Le Thrombus vaginal. Toulouse 1910.

CADILHAC: Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin. Montpellier 1894.